در باب مجموعه‌ای که در دست دارید

- می‌دانیم برای موفقیت در آزمون‌های کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی رسیدن به تسلط کافی روی تمام دروس امری حیاتی‌است که این تسلط نیز نیازمند چند دور مطالعه‌ی مطالب آن درس است.
- خلاصه نویسی یکی از بهترین و اساسی ترین راهکارهای تسلط یافتن روی مطالب است که انجام بهینه‌ی آن ممکن است در توان هر کسی نباشد. همه ما می‌توانیم از کتب خلاصه برداری کنیم اما انجام بهینه‌ی آن نیازمند نوعی نظام فکری مسلط و همچنین تسلط کافی روی نکات مهم آن درس است تا بدانیم باید از کجا و چگونه خلاصه برداری کنیم. به گونه ای که خلاصه‌های ما دست‌کم حجم مطلب اولیه را تا ۷۰ درصد کاهش دهد اما از چنان جامعیتی برخوردار باشد که به ما امکان رسیدن به درصدی قابل قبول در آن درس در آزمون اولیه را بدهد.
- مجموعه حاضر توسط جمعی از دانشجویان دانشگاه تهران و شهید بهشتی، و پس از دو دور مطالعه کتاب اصلی و با توجه به نکاتی که در کنکورهای مورد نظر مورد توجه طراحان سوال است، از کتب اصلی با توجه به سه معیار مهم جامعیت، مانعیت و قابل فهم بودن تهیه شده است.
- **درس آسیب‌شناسی روانی (روانشناسی مرضی) یکی از مهم‌ترین دروس در آزمون‌های روانشناسی است. این درس در آزمون کارشناسی ارشد رواشناسی وزارت بهداشت اهمیت ویژه‌ای دارد و داوطلبان باید به مطالب هر سه جلد کتاب خلاصه روانپزشکی کاپلان تسلط کافی داشته باشند که خداروشکر خلاصه‌های این درس از آقای جسیمی پس از ویراست‌های سنگین توسط رتبه‌های برتر روانشناسی در کیهان، اکنون در اختیار کیهانی‌های عزیز قرار گرفته است.**
- از شما دوستان دعوت می‌کنیم در صورتی که برای رسیدن به هدف خود مصمم هستید، از یک برنامه ریزی علمی استفاده کنید.
- اگر یکی از مشاوران کیهان امر برنامه ریزی تحصیلی شما را هدایت می‌کند، برای موفقیت کافی‌ست به دست‌کم هفتاد درصد از نکات گفته شده عمل کنید؛ چرا که آنچه مشاوران کلینیک تخصصی روانشناسی کیهان به کار می‌برند، عمدتاً مبتنی بر نظریه‌های به روز روانشناسی آموزشی است که کارآیی آنها سالهاست به اثبات رسیده است.
- پس از اینکه برنامه ریزی مشخص (البته نه چندان پیچیده) برای مطالعه را به اتمام رساندید، پیش از شروع مطالعه، مطلب "آداب مطالعه کارآمد" را که در انتهای مجموعه آمده است، حتماً مطالعه کنید و در صورتی که در رابطه با آن ابهاماتی دارید با یک متخصص امر آموزشی و بنرامه ریزی در این زمینه مشورت کنید. این روش از برگ برنده‌های کیهانی‌ها بوده است.
- گروه آموزشی کیهان، تنها گروهی در کشور است که تماماً متشکل از رتبه‌های ۵۰-۱ (۱، ۶، ۸، ۳۰ ، ۴۰ و...)کنکور سراسری کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است، به طور تخصصی در زمینه کنکور دکتری و کارشناسی ارشد روان‌شناسی و تحت نظارت کلینیک تخصصی روان‌شناسی کیهان فعالیت می‌کند و در هیچ جای ایران شعبه ندارد.

مروری بر مهم‌ترین عوامل موفقیت در آزمون‌های تحصیلی

۱. **هدف**: تجربه ما نشان داده داوطلبانی که هدف مشخص و محکمی ندارند معمولاً حتی به خط پایان نمی‌رسند. پس اول از همه هدف‌تان را روشن کنید. می‌خواهید برای رسیدن به چه چیزی آماده شوید؟ دانشگاه تهران؟ دانشگاه شهید بهشتی؟... یا نه، هر جا که شد؟! حتماً می‌دانید که هدف باید smart باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده تان به درستی هدف‌گذاری کنید.

۲. **برنامه‌ریزی**: برای رسیدن به هدفتان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود خسته تان کند، نه خیلی سبک که شما را به هدفتان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب ها. کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید. آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه ای که می کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. کی می‌خواهید تست بزنید. از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... . ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید.

۳. **آمادگی ذهنی**: حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست ها و تلخی های گذشته رها کنید. نگرانی ها را دور بریزید و فقط به هدف‌تان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به اینکه موفقیت در این پروژه (کنکور بهمن ماه) چه تاثیرات مثبتی در زندگی تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.

۴. **ابزارهای کارآمد**: منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدف تان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات هست و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید کی باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.

۵. **مطلعات منسجم**: رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات دانشجویان دانشگاه تهران (کیهان) استفاده می کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۷-۶ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.

۶. **نظارت و ارزیابی**: مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.

۷. **اعتماد به خود و توکل به نیرویی برتر**: سخت تلاش کنید و نتیجه را به گرداننده روزگار واگذار کنید. یادتان باشد که این عالم طراحی عادلانه دارد، پس مطمئن باشید زحمت هیچ داوطلب کوشایی بی‌نتیجه نخواهد ماند.

یادداشت: ....

فهرست مطالب

یادداشت:

یادداشت: ....

فصل ۷: معاینه بالینی بیماران در روانپزشکی

مهمترین روش اخذ شرح حال روانپزشکی این است که به بیمار مجال داده شود تا شرح حال خود را به زبان خود و به همان ترتیبی که خود مناسب می داند بیان کند. مهم ترین رئوس شرح حال روانپزشکی بدین شرح است:

I: مشخصات کلی.

II: مشکل و شکایت اصلی.

III: تاریخچه بیماری فعلی (شروع، عوامل آشکار ساز).

IV: بیماری های قبلی (روانپزشکی، طبی، سابقه مصرف الکل و سایر مواد).

V: سابقه خانوادگی

VI: تاریخچه‌ی شخصی (شرح حال شخصی):

الف: پیش از تولد و حوالی تولد

ب: اوایل کودکی (تا سه سالگی)

ج: اواسط کودکی (۳ تا ۱۱ سالگی)

د: بزرگسالی: ۱- تاریخچه شغلی ۲- تاریخچه زناشویی و روابط ۳- تاریخچه نظامی

۴- تاریخچه آموزشی ۵- مذهب ۶- فعالیت اجتماعی ۷- موقعیت زندگی فعلی ۸- تاریخچه قانونی.

ه: تاریخچه جنسی

ی: تخیلات و رویاها

و: ارزش ها

شکایت اصلی (Chief Complaint): در این قسمت عین کلمات بیمار در مورد علت مراجعه یا آورده شدن او ذکر می شود (توضیحات سایر منابع اطلاعاتی در مورد رویدادهای فعلی باید در قسمت سابقه بیماری فعلی گنجانده شود).

تاریخچه بیماری فعلی (Present illness): این بخش از شرح حال روان پزشکی تصویر جامع و زمانبندی رویدادهایی را که به لحظه جاری در زندگی بیمار انجامیده است، بدست می دهد. این قسمت از شرح حال مفید ترین

یادداشت: ....

بخش برای تشخیص گذاری است. غالبا یک سوال نسبتا باز پاسخ نظیر: همه اینها چطور شروع شد؟ به روشن شدن کامل بیماری فعلی می انجامد.

بیماری های قبلی (past illnesses): این بخش از شرح حال روانپزشکی حلقه انتقالی بین تاریخچه بیماری فعلی و تاریخچه شخصی بیمار (که anamnesis نامیده می شود) است. در این قسمت دوره های قبلی بیماریهای جسمی و روانی توصیف می شود. همچنین شرح جامعی از زمینه روانشناختی و زیست شناختی داده شده و به علایم مهم و شواهد نقاط آسیب پذیر در عملکرد بیمار اشاره می شود. اختلالات غدد درون ریز نظیر کم کاری تیروئید یا بیماری آدیسون ممکن است با افسردگی تظاهر کنند. تجویز کورتیکواستروئیدها ممکن است سبب بروز نشانه های سایکوتیک (روان پریشی) یا مانیا (شیدایی) شود. بیمار افسرده دچار ناهنجاری هدایتی قلب، نباید دست کم در ابتدا تحت درمان با ضد افسردگی های سه حلقه ای قرار گیرد، در بیماران دچار اختلال دو قطبی هم که بیماری کلیه دارند به جای لیتیوم یک داروی ضد تشنج تثبیت کننده خلق تجویز می شود. از بیمار درمورد مصرف الکل نیز باید سوال پرسیده شود و سوال باید به این طریق باشد: روزی چقدر الکل مصرف می کنید (با فرض مصرف الکل) به جای سوال: آیا الکل مصرف می کنید؟ (چون باعث ایجاد حالت دفاعی در بیمار می شود).

تاریخچه خانوادگی: در این بخش باید مختصری درباره بیماری روانی، بستری شدن و درمان بستگان درجه اول بیمار توضیح داده شود.

تاریخچه شخصی (personal history = anamnesis):

سابقه حوالی تولد و پیش از تولد: مشکل در حاملگی و زایمان مادر؟ نقص یا آسیب هنگام تولد؟ وضعیت روانی و جسمانی مادر هنگام تولد؟ مشکلات سلامتی مادر؟ مصرف الکل یا سایر مواد حین حاملگی مادر؟

اوایل کودکی (هنگام تولد تا سه سالگی): کیفیت تعامل مادر- کودک ضمن تغذیه و آموزش آداب توالت رفتن مهم است. عادات تغذیه ای، اوایل رشد کودکی (راه رفتن، حرف زدن، پایداری ادراک، رشد حرکتی، اضطراب بیگانه و جدایی، ...)، آموزش آداب توالت رفتن، علایم مشکلات رفتاری، و شخصیت در زمان کودکی از زمینه های مهمی هستند که باید در این قسمت بررسی شوند.

اواسط کودکی (۳ تا ۱۱سالگی): همانند سازی جنسی، تنبیهات به عمل آمده در منزل و افراد مسئول انضباط کودک و موثر در تکوین اولیه وجدان اولیه، تجارب اولیه کودک در مدرسه، دوستی های اولیه، سابقه ناتوانایی های یادگیری، وجود آتش افروزی، بیرحمی نسبت به حیوانات، وجود کابوس و هراس، بررسی میشود.

اواخر کودکی (بلوغ تا نوجوانی): روابط اجتماعی، تاریخچه تحصیلی، رشد شناختی و حرکتی، مشکلات هیجانی و جسمانی.

بزرگسالی: تارخچه شغلی، تاریخچه زناشویی و روابط عاطفی-جنسی، تاریخچه نظامی، تاریخچه تحصیلی، مذهب، فعالیت اجتماعی، شرایط موجود زندگی و تاریخچه قانونی جزو مهمترین مسائل در این بخش هستند.

یادداشت: ....

تاریخچه جنسی: روانپزشک نباید فرض را بر این بگذارد که بیمار از وسیله جلوگیری از حاملگی استفاده می کند. مثلا اگر مصاحبه کننده از یک زن همجنس گرا در مورد نحوه جلوگیری از حاملگی سوال کند (با این پیش فرض که بیمار غیر هم جنس گرا است) بیمار ممکن است گمان کند که مصاحبه گر گرایش جنسی او را نخواهد فهمید یا آن را قبول نخواهد کرد. سوال مفید تر این است که: آیا به وسیله ای جهت جلوگیری از حاملگی نیاز دارید؟ یا: آیا پیشگیری از حاملگی و بارداری بخشی از تمایلات و روابط جنسی شما را تشکیل میدهد؟

معاینه وضعیت روانی (MSE):

معاینه وضعیت روانی بخشی از ارزیابی بالینی است که شامل وصف ظاهر، تکلم، اعمال و افکار بیمار در جریان مصاحبه است. رئوس کلی معاینه وضعیت روانی به شرح ذیل است:

۱- **ظاهر:** توجه به حالت و وضعیت اندام ها، توازن، لباس و آراستگی بیمار.
۲- **رفتار آشکار:** جنبه های کمی و کیفی رفتارمثل تیک ها، رفتار قالبی، بیش فعالی، سراسیمگی.
۳- **طرز برخورد:** طرز برخورد بیمار با معاینه کننده. میزان برقراری تفاهم بین بیمار و معاینه کننده.
۴- **تکلم:** خصوصیات فیزیکی کلام برحسب کمیت، سرعت و کیفیت توصیف می شود.
۵- **خلق و عاطفه:** خلق به معنی حالت هیجانی مستمر و نافذی است که ادراک شخص را از دنیا تحت الشعاع قرار می دهد. توصیف خلق باید شامل اشاره به عمق، شدت، طول مدت و نوسانات باشد. عاطفه را می توان پاسخدهی هیجانی فعلی بیمار تعریف کرد که از روی حالت چهره و میزان و حدود رفتار بیانی فرد استنباط می شود. عاطفه ممکن است با خلق هماهنگ باشد یا نباشد.
۶- **تفکر:** تفکر را می توان به دو بخش شکل/ فرآیند (نحوه کنار هم چیدن اندیشه ها و تداعی ها، که ممکن است منطقی و منسجم یا غیرمنطقی و غیرقابل فهم باشد) و محتوا (آنچه بیمار درمورد آن می اندیشد) تقسیم کرد.
۷- **ادراک:** اختلالات ادراکی مثل توهم و خطای حسی ممکن است در ارتباط با خود شخص یا محیط باشد. شرایط وقوع تجربه توهمی حائز اهمیت است چون توهمات پیش خوابی (hypnagogic) و پس خوابی (hypnopampic) اهمیت کمتری نسبت به سایر توهمات دارند. احساس حرکت حشرات روی پوست یا زیر پوست (formication) در مصرف **کوکائین** دیده می شود.
۸- **وضعیت شناختی:** هشیاری، موقعیت سنجی (وقوف به شخص، زمان، مکان)، تمرکز، حافظه (فوری، نزدیک، درازمدت)، محاسبه، معلومات عمومی، استدلال انتزاعی.
۹- **بینش (insight)**: بینش به میزان آگاهی و درک بیمار از بیماری خود اطلاق می شود. سطوح بینش عبارتند از: ۱) انکار کامل بیماری ۲) آگاهی نسبی به بیماری اما گناه آن را به گردن دیگران، عوامل خارجی یا حتی عوامل عضوی بیاندازد ۳) ممکن است ضمن تایید بیماری آن را به چیزی نامشخص یا مرموز منتسب کند ۴) بینش عقلانی (intelectual insight): قبول بیمار بودن و اینکه نشانه ها یا ناتوانی در تطابق اجتماعی ناشی از آشفتگی ها یا احساسات غیر منطقی بیماراست. در این حالت بیمار قادر به تعمیم کاربرد این دانش در تجارب

یادداشت: ....

آتی نیست ۶) بینش هیجانی (emotional insight): آگاهی هیجانی از انگیزه ها و احساسات خود و افراد مهم زندگی که میتواند موجب تغییرات اساسی در رفتار شود (یعنی از دانش خود یا بینش استفاده میشود).

۱۰- قضاوت (judgment): آیا بیمار نتیجه احتمالی رفتار خود را می داند و آیا تحت تاثیر این آگاهی هست؟

۱۱- قابلیت اعتماد (reliability): برداشت معاینه کننده در مورد قابلیت اعتماد و توانایی بیمار برای گزارش دقیق وضعیت خود است. گزارش وضعیت روانی با این مرحله خاتمه می یابد. مثلا اگر بیمار بیمار صراحتا به سوء مصرف فعال مواد اعتراف کند یا موقعیت هایی را که بازتاب خوبی ندارد مانند درگیری با قانون را بازگو کند، قابلیت اعتماد خوبی دارد.

- **اختلالات فرآیند (شکل) تفکر**

پرش افکار (flight of ideas): نوع شدید تفکر سریع.

شل شدن تداعی ها (loosening of associations): عقاید ابراز شده نامربوط به نظر میرسند و به گونه ای غیرعادی پیوند داده شده اند.

انسداد فکر (blocking): متوقف شدن ناگهانی رشته افکار قبل از تکمیل یک اندیشه.

حاشیه پردازی (circumstantiality): ذکر مفرط جزئیات بی اهمیت یا بی ربط که مانع از رسیدن به هدف صحبت می شود (جزئیات نامربوط و جملات معترضه زیاد). در واقع شخص توانایی برای تفکر هدفمند ندارد ولی بالاخره به موضوع اصلی باز میگردد.

تفکر مماسی (tangentiality): بیمار رشته کلام را گم می کند و افکار حاشیه ای را که تحت تاثیر محرک های درونی و بیرونی برانگیخته می شوند، تعقیب می نماید و هرگز به موضوع بر نمی گردد.

سالاد کلمات (word salad): روابط نا مفهوم و نامعمول افکار.

تداعی صوتی (clang association): تداعی با قافیه سازی.

جناس سازی (puning): تداعی با معنی دوگانه.

واژه سازی (neologisim): کلمات ابداعی بیمار که از طریق ترکیب یا تلخیص سایر کلمات ساخته می شوند.

خارج شدن از خط (derailmint) (مترادف شل شدن تداعی ها): نقصی است که در آن ارتباط منطقی بین اندیشه ها مختل شده است و هدف و مقصود از سخن معلوم نیست. واژها معنا دارند اما جمله ها فاقد معنی هستند.

درجاماندگی (perseveration): تکرار خارج از موضوع واژه ها، عبارات یا اندیشه ها.

- **اختلالات محتوای تفکر**

یادداشت: ....

عقاید انتساب (ideas of reference): شامل باورهایی مبنی بر اینکه رادیو و تلویزیون با بیمار یا در مورد او صحبت می کنند.

عقاید نفوذ (ideas of influence): عبارتند از عقایدی در مورد کنترل شدن وجهی از رفتار شخص توسط یک نیروی خارجی یا شخص دیگر.

- **اختلالات هوشیاری**

تیرگی هوشیاری (clouding of consciousness): کاهش کلی اگاهی از محیط.

- **اختلالات حافظه**

افسانه سازی (confabulation): ساخت پاسخ های کاذب به طور ناخودآگاه، هنگامی که حافظه آسیب دیده است. این پدیده با اختلالات شناختی ارتباط نزدیکی دارد.

تکنیک های مصاحبه با بیماران روانی خاص

بیماران سایکوتیک: سوالهای باز پاسخ و دوره های طولانی سکوت آشفته کننده است. در این موارد پاسخ گویی به سوالات کوتاه برای بیمار راحت تر از سوالات بلند است (ممکن است بیمار نتواند به سوالات نیازمند پاسخ انتزاعی و حدس فرضی پاسخ دهد).

اختلالات تفکر: از سوالاتی استفاده شود که پاسخ کوتاهی می طلبند. گاهی لازم است روانپزشک سوالات را تکرار کند و آنچه را قبلا گفته شده به یاد بیمار بیاورد (نوعی سازماندهی برای تفکر فراهم کند که بیمار خود قادر به فراهم کردن آن نیست).

توهم ها: مصاحبه کننده نباید آنها را به عنوان خیال های موهوم نادیده بگیرد. باید درمورد ثبات توهمات و سطح بینش بیمار سوالاتی پرسیده شود: «هیچگاه بنظرتان رسیده این صداها از افکار خودتان نشات می گیرند»؟ یا «به نظر شما عامل ایجادکننده این صداها چیست؟».

هذیان ها: نباید سعی شود با استدلال باور هذیانی را رد کرد، اما وارسی ملایمی لازم است تا میزان استحکام اعتقاد بیمار مشخص شود: آیا هیچوقت به ذهنتان رسیده که این افکار ممکن است درست نباشند؟

بیماران شکاک: پزشک باید سعی کند در برخورد با آنها رویکرد محترمانه، رسمی و با فاصله ای در پیش بگیرد، و حالت دفاعی نداشته باشد. اغلب ابراز صمیمیت، شکاکیت این بیماران را زیاد می کند.

بیماران افسرده و بالقوه انتحاری: درمانگر باید قوی تر برخورد کند و بیش از حد معمول، رهنمود ارائه نماید. هرچند نباید بیمار را زیر فشار قرار داد، ولی سکوت های طولانی مفید نیستند و در این موارد باید مصاحبه کننده سوالاتش را تکرار

یادداشت: ....

کند. از همه بیماران باید درمورد افکار خودکشی سوال شود و در بیماران افسرده ممکن است لازم باشد سوالات مفصل تری در این زمینه مطرح شود. برخی از بیماران آرزوی مرگ دارند اما خودشان عمدا کاری برای خاتمه زندگی خود نخواهند کرد. این میزان از مصمم بودن را افکار غیر فعال (پاسیو) خودکشی می نامند. خطر خودکشی در بیمارانی که معتقدند مرگ آنها نتیجه مطلوبی در پی دارد بیشتر است (مانند تصور «اتحاد مجدد» یعنی اعتقاد پیوستن به عزیز فوت شده).

بیماران جسمانی ساز: وظیفه اصلی روانپزشک این است که به رنج بیمار اذعان کند بدون انکه الزاما توضیحات بیمار درمورد نشانه ها را بپذیرد.

بیماران سراسیمه و بالقوه خشن: وظیفه مصاحبه کننده انجام ارزیابی و کنترل رفتار و کاهش احتمال آسیب است. نباید طوری رفتار شود که به نظر بیمار تهدیدکننده جلوه کند. اگر سراسیمگی بیمار رو به افزایش بود، شاید لازم باشد مصاحبه را خاتمه داد. پزشک باید حس آرامش یا ترس خود را ملاک عمل قرار دهد.

بیماران اغواگر: اغواگری شامل طیفی از پیشنهادهای غیرمستقیم تا صریح بیمار به روانپزشک است. روانپزشک باید این نکته را روشن کند که آنچه را پیشنهاد شده نمی پذیرد و این کار را به گونه ای انجام دهد که تفاهم با بیمار حفظ شود و تهاجم غیرضروری به عزت نفس بیمار روی ندهد.

بیماران وابسته: پزشک باید ضمن اطمینان بخشی به بیمار مبنی بر اینکه نیازهایش جدی گرفته می شوند و درمان تخصصی انجام خواهد شد، قاطعانه محدودیت هایی را اعمال کند.

بیماران پرتوقع: پزشک باید از همان ابتدا قاطعانه رفتار کند، و رفتارهای مقبول و نامقبول را مشخص کند. این بیماران را بایستی با احترام و دلسوزی درمان کرد، اما درعین حال باید آنها را با رفتارهای خود مواجه نمود.

بیماران خودشیفته: نیاز فوق العاده به کامل جلوه کردن و نگرش تحقیرآمیز نسبت به کسانی که آنها را ناکامل میداند از خصوصیات این بیماران است. در پس این ظاهر متکبر، احساس بیکفایتی، درماندگی و تهی بودن وجود دارد و این بیماران می ترسند دیگران درون آنها را ببینند.

بیماران منزوی: پزشک در برخورد با چنین بیمارانی باید حتی الامکان به خلوت و تنهایی آنها احترام بگذارد و انتظار نداشته باشد این بیماران نسبت به نگرانی های پزشک با ملاطفت پاسخ دهند.

بیماران وسواسی: پزشک باید تا حد امکان این بیماران را در مراقبت و درمان خود دخالت دهد. همچنین پزشک باید شرح مفصل اقدامات و طرح ریزی های درمانی را با آنها درمیان بگذارد و این امکان را فراهم کند که بیمار در میان گزینه های موجود دست به انتخاب بزند.

بیمارانی که دروغ می گویند: گاهی بیماران آگاهانه و به قصد فریب درمانگر دروغ می گویند. هدف آنها ممکن است نفع ثانویه باشد. این حالت **تمارض** نامیده می شود که در DSM-IV-TR منظور نشده است. اما در مواردی فرد به منظور اتخاذ نقش بیمار (و نه کسب نفع بیرونی آشکار) دروغ می گویند. در این حالت فرد مبتلا به **اختلال ساختگی** است که

یادداشت: ....

یکی از تشخیص های DSM-IV-TR است. بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی نظیر اختلال تبدیلی یا اختلال درد، از مبنای هیجانی شکایات جسمی خود اگاه نیستند، آنان در توصیف علایم جسمی خود در واقع واقعیتی روانی را بیان می کنند و در پی فریب مصاحبه کننده نیستند و دروغ نمی گویند. روانپزشکان ناچارند گزارش بیمار را به عنوان بیان صادقانه بپذیرند. با این همه، مصاحبه گر باتجربه می تواند تفاوت های ظریف، ناهماهنگی های درونی یا نشانه های غیرعادی مشکوک را شناسایی کند.

بیمارانی که همکاری نمی کنند: علل عدم همکاری عبارتند از: تظاهرات مشکل زمینه ای بیمار، خشم از روانپزشک، احساس اجبار برای مراجعه برخلاف میل خود، و تظاهرات انتقال. نحوه واکنش روانپزشک بستگی به شرایط و بافتار موجود دارد. ارزیابی بیمار فاقد همکاری در شرایط اورژانس لزوما با شرایط غیراورژانس متفاوت است. در شرایط اورژانس گاهی تجویز داروهای رخوتزا یا مهار فیزیکی حتی برای تکمیل اولویت بندی درمان ضروری است. در این موارد دغدغه حیات بیمار و امنیت سایرین بر امتناع وی از همکاری غلبه می کند. در شرایط غیراورژانس (بیماری که مدتی تحت درمانی معنادار قرار گرفته و بعد عدم همکاری نشان می دهد) تغییر رفتار احتمالا تظاهر مقاومت دربرابر مطالب ناراحت کننده ای است که درجریان درمان ظاهر شده است. همچنین این رفتار ممکن است واکنشی به تعامل های واقعی بین پزشک و بیمار باشد.

بیماران متفاوت از نظر فرهنگ و پیشینه: برای روانپزشکی که با فرهنگ بیمار آشنا نیست ارزیابی علایم (که مقولاتی نسبی هستند) دشوار است. همچنین، واژگان به کار رفته برای توصیف ناراحتی هیجانی در فرهنگ های مختلف متفاوت است. وقتی زبان پزشک و بیمار متفاوت است ممکن است نیاز به مترجم باشد. در اینصورت بهتر است از فرد بیطرفی به عنوان مترجم استفاده کرد که بیمار او را نشناسد. مترجم باید آموزش داده شود که کلمه به کلمه حرفهای بیمار را ترجمه کند. اما با این حال نیز، انتقال اختلال تفکر صوری از طریق ترجمه ممکن است امکان پذیر نباشد. مشکل دیگر برقراری تفاهم است؛ بیماران متعلق به گروه های اقلیت ممکن است در صحبت با پزشکی که متعلق به گروه اکثریت است حالت دفاعی به خود بگیرد. روانپزشک باید با فروتنی و احترام برخورد کند.

گوش دادن همدلانه: در روانپزشکی گوش دادن مهارتی حیاتی است. اما گوش دادن چیزی فراتر از شنیدن ساده گفته های بیمار است. گوش دادن بایستی همدلانه باشد. مشخصه همدلی (empathy) این است که فرد خود را در جایگاه طرف مقابل قرار دهد. همدلی تفاوت مختصری با همدردی (sympathy) دارد. فردی که با همدلی گوش می کند می گوید: «میدانم چه احساسی دارید، اما من عین همان احساس را ندارم». اما گوش دهنده همدرد می گوید: «میدانم چه احساسی دارید، من نیز همین احساس را دارم». همدلی ویژگی اساسی درمانگر است. به نظر می رسد ناتوانی برای درک طبیعی احساسات دیگران، ویژگی محوری برخی اختلالات شخصیت مانند اختلال شخصیت خودشیفته و ضد اجتماعی باشد.

یادداشت: ....

معاینه جسمی در روان پزشکی

در زمینه شکایات طبی بیماران در ۷۵درصد موارد، با وجود بررسی های آزمایشگاهی، هیچ علتی برای نشانه ها یافت نمی شود (یعنی شکایات بیمار ذهنی است) و تصور می شود که ۱۰درصد این موارد مبنای روانشناختی دارند.

سابقه بیماری طبی

در جریان ارزیابی روان پزشکی، اطلاعات زیر باید جمع آوری شود: ۱) اختلالات یا بیماریهای شناخته شده جسمی. ۲) بستری شدن ها و اعمال جراحی. ۳) داروهایی که اخیرا مصرف شده یا می شوند. ۴) عادات شخصی و تاریخچه شغلی. ۵) سابقه خانوادگی بیماری ها. ۶) شکایات جسمی خاص. اطلاعات درمورد دوره های قبلی بیماری ممکن است سرنخ های با ارزشی در مورد ماهیت اختلال فعلی بدست دهند. مثلا اگر اختلال موجود آشکارا هذیانی است و بیمار سابقه چندین دوره مشابه دارد که هر یک به درمان های مختلف پاسخ خوبی داده است، احتمال اختلال روانپریشی ناشی از مواد مخدر قویا مطرح می شود. افسردگی از عوارض جانبی چندین نوع داروی فشار خون است. همچنین، کم کاری تیروئید نیز می تواند علایم افسرگی را ایجاد کند. مواجهه با جیوه ممکن است علایم شبه سایکوز (روان پریشی)، و مواجهه با سرب می تواند اختلال شناختی ایجاد کند.

مرور دستگاه ها

بسیاری از بیماران سابقه سردرد دارند. در اینگونه موارد طول مدت، دفعات، کیفیت، محل و شدت سردرد باید بررسی شود. سردرد ممکن است ناشی از سوءمصرف الکل، نیکوتین یا کافئین باشد. سردردهای عروقی (میگرنی) براثر استرس برانگیخته می شوند. آرتریت تمپورال (التهاب شریان گیجگاهی) موجب سردردهای کوبنده یک طرفه شده و ممکن است منجر به کوری شود. سابقه ضربه به سر ممکن است با هماتوم ساب دورال مربوط باشد و در بوکسورها به زوال عقل پیش رونده با نشانه های خارج هرمی منجر می شود. سردرد ناشی از خونریزی ساب آراکنوئید شدید، ناگهانی و همراه با تغییر سطح هوشیاری است.

بیماری که از داروهای ضدروانپریشی استفاده می کند و از حرکات پیچشی اطراف دهان یا حرکات ناراحت کننده زبان شکایت دارد، ممکن است در مراحل ابتدایی و قابل برگشت اختلال حرکتی دیررس (تاردیودیسکینزی) قرار داشته باشد. دوره های گذرای دوبینی ممکن است پیش درآمد اسکلروز مولتیپل (MS) باشد. شکایات مبنی بر استشمام بوی بد ممکن است نشانه صرع لوب گیجگاهی باشد نه اسکیزوفرنی. اختلال بینایی ممکن است در نتیجه مقادیر بالای تیوریدازین بروز کند. اختلالات هذیانی در افراد دچار نقایص شنوایی نسبت به افراد با شنوایی طبیعی دارند بیشتر است. رویت هاله آبی رنگ در اطراف اشیا ممکن است در هنگام مصرف سیلدنافیل (ویاگرا) و سایر داروهای مشابه بروز کند.

گاهی اوقات دستگاه تنفسی بیمار دچار ناراحتی یا بیماری است. علایم هیپرونتیلاسیون: شروع در حالت استراحت، تنفس به شکل آه کشیدن، دلواپسی، اضطراب، مسخ شخصیت، تپش قلب، ناتوانی بلع، کرختی دست ها و پاها و اسپاسم کارپوپدال. در افسردگی ممکن است تنگی نفس بروز کند. در بیماری های ریوی و انسداد راه های هوایی معمولا علایم بالینی به صورت تدریجی شروع می شود، اما در افسردگی شروع اختلال ناگهانی است. در افسردگی تنگی نفس در حالت

یادداشت: ....

استراحت احساس می شود، با ورزش تغییر جزیی پیدا می کند، شروع تنگی نفس با شروع اختلال خلق همزمان بوده و اغلب با حملات گیجی، تعریق، تپش قلب و گزگز همراه است. در انسداد راههای هوایی بیمار فقط در مراحل پیشرفته نارسایی تنفسی، در حالت استراحت هم دچار تنگی نفس می شود. مهمترین و مفید ترین نکته در تشخیص افتراقی، تاکید بیمار افسرده بر اِشکال در هنگام دم و تاکید بیمار ریوی بر اِشکال هنگام بازدم است.

آسم برونشیال گاهی با سابقه وابستگی شدید به مادر در دوران کودکی ارتباط دارد. در بیماران مبتلا به برونکواسپاسم تجویز پروپرانولول (Inderal) به دلیل مهار اتساع برونش ناشی از کاتکولامین ها ممنوع است.

تاکی کاردی، تپش قلب و آریتمی قلبی از شایعترین علایم اضطراب هستند که ممکن است بیمار از آنها شکایت کند. فئوکروموسیتوم معمولا نشانه هایی ایجاد می کند که مقلد اختلالات اضطرابی هستند نظیر ضربان سریع قلب، لرزش و رنگ پریدگی. استرس روانشناختی حتی درصورت وجود شرائین نرمال کرونر ممکن است دردهای شبیه آنژین صدری ایجاد کند.

انواع سر گیجه: ۱- دوار سر (vertigo): احساس اینکه فرد یا محیط افراد یا محیط اطرافش در حال حرکت است (نوعا حرکت چرخشی). حملات چند ثانیه تا چند روز طول می کشند. سر گیجه مداوم حداقل به مدت یک هفته در تمام اوقات یا بخش اعظم آن وجود دارد. ۲- سیاهی رفتن چشم (presyncope): احساس سبکی سر، احساس از حال رفتن، انگار که فرد در شرف بیهوش شدن است. نوعاً چند ثانیه تا چند ساعت طول می کشد. ۳- عدم تعادل: احساس عدم ثبات با خصوصیات زیر: الف) عمدتاً در اندام های تحتانی احساس می شود، ب) هنگام ایستادن یا راه رفتن بارزتر است ج) با نشستن و دراز کشیدن تسکین می یابد. ۴- سایر انواع سر گیجه: احساس سر گیجه ای که در قالب تعاریف بالا نمی گنجد. ممکن است شامل احساس غوطه وری یا شناوری، سبکی مبهم سر یا احساس گسستگی باشد. معمولا تمام اوقات روز یا بخش اعظم اوقات روز یا هفته وجود دارد. گاهی سالها طول می کشد.

سابقه کاهش وزن در اختلالات افسردگی شایع است، اما افسردگی ممکن است با کاهش وزن ناشی از کولیت اولسراتیو، آنتریت رژیونال و سرطان همراه شود. افسردگی غیرمتعارف (آتیپیک) با پرخوری و افزایش وزن همراه است. بی اشتهایی عصبی با کاهش وزن شدید و اشتهای طبیعی همراه است. یبوست گاهی بر اثر وابستگی به مواد شبه افیونی و داروهای روان گردانِ دارای عوارض آنتی کولنیرژیک ایجاد می شود. سوء مصرف کوکائین یا آمفتامین موجب بی اشتهایی و کاهش وزن می شود.

در برخی موارد اولین علامت بالینی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)، شروع تدریجی سردرگمی است که نهایتا به زوال عقل منجر می شود.

آمنوره از مشخصات بی اشتهایی عصبی است و در زنهای دچار استرس روانی هم دیده می شود. حاملگی کاذب (pseudocyesis) با قطع قاعدگی همراه است. تغییرات خلق حول و حوش یائسگی (مانند تحریک پذیری، افسردگی و ملال) باید مورد توجه قرار گیرند.

یادداشت: ....

مشاهده کلی

هرچند بی توجهی به پاکیزگی لباس در اختلالات روانی به خصوص اختلالات افسردگی شایع است، اما علامت شاخص اختلالات شناختی محسوب می شود.

حرکات بدون هدف، سریع و فراوان مشخصه اختلالات اضطرابی هستند، اما به همان نسبت در بیماریهای کره هانتینگتون و پرکاری تیروئید هم دیده می شوند. کمی یا زیادی یک طرفه حرکات مانند تکان ندادن دست راست به هنگام راه رفتن، حاکی از بیماری موضعی مغز است.

صورت گرد، چاقی تنه و قوز بوفالویی از مشخصات بارز سندرم کوشینگ هستند. ظاهر پف کرده و باد کرده در کم کاری تیروئید دیده می شود.

گلگونی شدید صورت با مصرف فنوتیازین ها دیده می شود. تنگی مردمک چشم با مواد شبه افیونی، و اتساع مردمک با داروهای آنتی کولینرژیک و توهم زاها ایجاد می شود.

تکلم بسیار سریع نه تنها در مانیا و اختلالات اضطرابی، بلکه در پرکاری تیروئید هم مشاهده می شود. ضعف و یکنواختی لحن صدا ممکن است در فردی که عمدتاً از افسردگی شکایت می کند، نشانه ای از بیماری پارکینسون باشد. صدای بم، آهسته و خشن احتمال کم کاری تیروئید را مطرح می سازد. صدای نرم یا لرزان، در اضطراب دیده می شود.

معاینه جسمی

احتمال بروز بیماری های همزمان، در اختلالات روانی بیش از سایر اختلالات است.

مفهوم پالایش طبی (medical clearance) تلویحا به این معناست که هیچ اختلال طبی، اختلال بیمار را توجیه نمی کند.

۲۴ تا ۶۰ درصد بیماران روانی شناخته شده دچار اختلالات جسمانی همراه هستند.

در برخی مطالعات، تا ۱۰ درصد بیمارانی که از افسردگی و خستگی همراه با آن شکایت داشته اند، دچار مراحل آغازین کم کاری تیروئید بوده اند.

آزمون فرونشانی دگزامتازون (DST) برای تایید ظن تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بکار می رود. یک میلی گرم دگزامتازون ساعت ۱۱ شب به بیمار داده می شود و کورتیزول پلاسما ساعت ۸ صبح، ۴ و ۱۱ بعدازظهر روز بعد اندازه گیری می شود. سطح پلاسمایی کورتیزول بالاتر از ۵ میلی گرم در دسی لیتر (که حاکی از عدم فرونشانی است) غیر طبیعی تلقی می شود (یعنی مثبت است). فرونشانی کورتیزول حاکی از آن است که محور هیپوتالاموس- آدرنال- هیپوفیز به طرز متناسبی عمل می کند.

یادداشت: ....

ملاتونین که از غده صنوبری ترشح می شود در اختلال عاطفی فصلی که در DSM-I-V-R "اختلال خلقی با الگوی فصلی" نامیده می شود، دخیل شناخته شده است.

تجویز داروهای آنتی سایکوتیک (ضدروانپریشی) می تواند سبب افزایش سطح پرولاکتین شود که ناشی از انسداد گیرنده های دوپامین در هیپوفیز است. پرولاکتین ممکن است به طور مختصری بعد از تشنج افزایش یابد. به همین دلیل سنجش سطح سریع پرولاکتین پس از یک حمله مشکوک به تشنج می تواند در افتراق تشنج از تشنج کاذب مفید باشد.

میزان متابولیت سروتونین، ۵ هیدروکسی ایندول استیک اسید (5-HIAA)، در مایع مغزی- نخاعی برخی بیماران دچار افسردگی انتحاری پایین بوده و همچنین در مطالعات کالبد شکافی کسانی که خودکشی کرده اند (بخصوص به طرق وحشیانه) میزان آن پایین گزارش شده است. به طور کلی پایین بودن میزان (5-HIAA) در مایع مغزی-نخاعی با خشونت ارتباط دارد. برخی موارد اضطرابِ مزمن، میزان اپی نفرین و نوراپی نفرین خون بالا می رود. در برخی از بیماران افسرده نسبت نوراپی نفرین به اپی نفرین در ادرار پایین است. در برخی بیماران دچار PTSD، سطوح اپی نفرین و نوراپی نفرین ادراری بالاست.

میزان یکی از متابولیت های نوراپی نفرین به نام ۳- متوکسی ۴- هیدروکسی فنیل گلیکول (MHPG) در برخی بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی شدید، به خصوص بیمارانی که قصد خودکشی دارند کاهش می یابد.

آسیب یا بیماری کبدی ممکن است با علایم و نشانه های اختلال شناختی ازجمله اختلال موقعیت سنجی و دلیریوم تظاهر کند. اختلال کار کبد ممکن است موجب افزایش نیمه عمر دفعی بنزودیازپین ها شود.

افزایش شدید غلظت گلوکز سرم با بروز دلیریوم ارتباط دارد. افت قند خون با سرآسیمگی و اضطراب همراه است.

سنجش منظم سطوح پلاسمایی برای لیتیوم یک امر اساسی است.

به استثنای کلوزاپین تمامی آنتی سایکوتیک ها سبب افزایش کوتاه مدت غلظت پرولاکتین سرم می شوند. غلظت طبیعی پرولاکتین اغلب نشان دهنده عدم رعایت دستورات دارویی و یا عدم جذب دارو است.

تا ۷۲درصد بیماران مبتلا به اختلال هول در صورت تجویز وریدی **لاکتات سدیم** دچار حمله هول می شوند. بنابراین از این آزمون برای تائید تشخیص اختلال هول (پانیک) استفاده می شود. همچنین از این ماده میتوان برای برانگیختن پس نگاه (flashback) در بیماران مبتلا به اختلال PTSD استفاده کرد. هیپرونتیلاسیون نیز از برانگیزنده های حملات هول در بیماران مستعد است. استنشاق دی اکسید کربن (CO2) نیز سبب برانگیخته شدن حملات هول می شود. حملات هول ناشی از تجویز لاکتات را با آلپرازولام و ضدافسردگی های سه حلقه ای می توان مهار کرد.

مصاحبه با آموباربیتال (Amytal) هم از نظر تشخیصی کاربرد دارد و هم از نظر درمانی. از نظر تشخیصی این مصاحبه در افتراق اختلالات عضوی از غیر عضوی، به خصوص در بیماران با نشانه های کاتاتونیا، بهت و موتیسم مفید است. اختلالات عضوی معمولا با تجویز وریدی آموباربیتال بدتر می شوند، ولی اختلالات غیر عضوی یا روانزاد به دلیل رفع مهار، کاهش اضطراب یا افزایش آرمیدگی معمولا بهبود می یابند. از لحاظ درمانی مصاحبه با آموباربیتال در اختلالات واپس زدن و

یادداشت: ....

تجزیه ای (مثلا در بازگرداندن حافظه در فراموشی روانزاد و گریز روانزاد؛ بهبود کارکرد در اختلال تبدیلی؛ و تسهیل ابراز هیجان در اختلال استرس پس از سانحه) مفید است.

یادداشت های شخصی طبق تعریف عبارتند از: فرضیات طبیب، برداشت های غیر از تشخیص موقت یا واقعی، و نکات یادآوری.

یادداشت های روان درمانی شامل جزئیات انتقال، خیال پردازی، رویاها، اطلاعات شخصی در مورد افرادی که بیمار با آنها ارتباط دارد و سایر جزئیات زندگی خصوصی بیمار است. همچنین در این یادداشتها نظرات روانپزشک در مورد انتقال متقابل و احساسات وی نسبت به بیمار. این یادداشت ها جدا از بقیه پرونده پزشکی بیمار نگهداری می شود.

اخیرا در مورد خطای پزشکی از اصطلاح never event استفاده می شود. به این مفهوم که خطای پزشکی رویدادی است که هرگز نباید روی می داد. اکثر خطاها در روان پزشکی مربوط به به دو زمینه‌ی تجویز دارو و خودکشی است. یکی از خطاهای دارویی، تجویز داروی اشتباه برای یک اختلال یا دوز نادرست داروست. اشتباه دیگر، تجویز داروهایی است که نباید با هم تجویز شوند. مانند ایمی پرامین و مپردین که تجویز این دو با هم می تواند کشنده باشد.

منظور از اصطلاح «رهنمود طبابت» مجموعه ای از راهبردهای مراقبت بیمار است که برای کمک به پزشکان در تصمیم گیری بالینی تدوین شده است.

یادداشت: ....

....

....

فصل ۸: علایم و نشانه ها در روانپزشکی

یادداشت: ....

منابع

۱- خلاصه روانپزشکی کاپلان

آداب مطالعه کارآمد (پس خبا)

تحقیقات نشان داده دانشجویانی که از روشی نظام مند برای خواندن و مطالعه استفاده می‌کنند به نسبت کسانی که بدون چارچوب جلو می‌روند، در به خاطر سپردن و یادآوری مطالب بهتر عمل می کنند و موفقیت بیشتری در تحصیلات خود کسب می‌کنند. ما در کیهان به شما می‌گوییم چه‌طور می‌توانید از این روش برای پاسخ دادن به نیازهایتان استفاده کنید؟

پس خبا = پیش مطالعه، سوال کردن، خواندن، به خود پس دادن، آزمون

در مطالعه، همانند زندگی، اولین گام برای موفقیت این است که دقیقاً بدانید می‌خواهید به کجا بروید و هدف‌تان چیست.

۱. **پیش مطالعه:** فصل را یک ارزیابی کلی بکنید. ببینید درباره چیست. به تیترها، نمودارها و جداول و تصاویر (در صورتی که باشد) ، نگاهی بیندازید. خلاصه فصل و چکیده ابتدایی آن را در صورت امکان مروری کنید تا ایده کلی فصل دستتان بیاید.

۲. **سوال کردن:** باز هم به تیترها نگاه کنید. فکر می کنید این فصل چه هدفی را دنبال می کند. قرار است چه چیزی از آن یاد بگیرید؟ کل فصل و بخشهای گوناگون فصل در بین سوالات سالهای اخیر کنکور چه اهمیتی داشته اند؟ اینجا چراغ ذهنتان باید روشن شود که : می خواهم از این فصل چه چیزی یاد بگیرم؟

۳. **خواندن**: مطالعه را به طور فعال شروع کنید. اگر لازم است زیر برخی خطوط خط بکشید یا در کنار کتاب و جزوه تان حاشیه نویسی هایی داشته باشید. فراموش نکنید که مطالعه یک کار فعالانه است و باید در آن تماماً حاضر باشید نه اینکه به طور همزمان مشغول گوش دادن به صدای دیگران یا تماشای تلویزیون یا چک کردن پیام های گوشی تان باشید ! فعال و هوشمند و هدفمند مطلب مورد نظر را بخوانید.

۴. **به خود پس دادن:** وقتی قسمتی از فصل را خواندید ببینید می توانید مطالب خوانده شده را برای خود توضیح دهید یا خیر؟ به متن نگاه نکنید و سعی کنید توضیح دهید. این کار در به خاطر سپاری و به خاطر آوردن مطالب امر بسیار مهمی است.

۵. **آزمودن و مرور کردن:** این مرحله شباهت زیادی به مرحله قبل دارد. با این تفاوت که حالا باید کل فصل را بعد از این که خوانده شد به خود پس دهید. این کار را هم به طور شفاهی می توانید انجام دهید و هم به وسیله پاسخ دادن به سوالات فصل مربوطه یا سوالات کنکور شبیه به آن. این مرحله بعد از ۱۲ ساعت که از خوانده شدن فصل گذشت، انجام می شود و در سه چهار دور انجام می شود که مشاور شما به شما آموزش خواهد داد. مرور امر بسیار بسیار مهمی است و بدون مرور انگار که مشغول ساختن عمارتی بدون کار گذاشتن ستون های کافی زیر سقف آن هستید. پس مراقب باشید سقف عمارتتان خراب نشود!

نتایج تحقیقات: بدون مرور متناوب مطالب مطالعه شده، به احتمال ۸۰٪ مطالبی را که خوانده اید از یاد خواهید برد !

یادداشت: ....

چند نکته کوتاه در باب مطالعه کارآمد جزوات

- همچنان از روش مطالعه پس خبا استفاده کنید و مرور های متناوب را که در جلسات مشاوره خدمتتان معرفی شده است، فراموش نکنید.
- جزوات درسی معمولاً مهمترین مطالب کتاب های درسی را شامل می‌شوند. پس باید همه مطالب آنها را مطالعه کنید.
- اگر هنوز به جزوه ای که در دست دارید اعتماد کافی ندارید، به جای شروع مطالعات با بی اعتمادی، زودتر به وسیله مقایسه مطالب موجود آن با سایر کتاب های مشابه و کتاب مرجع آن درس، فرآیند ارزیابی آن را طی کنید تا با اطمینان به مطالعه ادامه دهید.
- جزوات با خلاصه کردن مطالب مهم در کتاب های مرجع، این فرصت را به شما می‌دهند تا در زمانی بسیار کوتاه به مهمترین مطالب موجود دسترسی داشته باشید. این فرصت بالقوه زمانی بالفعل می شود که با بالا نگه داشتن زمان ساعات مطالعاتی تان، بتوانید بیش از دو سه دور آنها را مرور کنید.

چند نکته کوتاه در باب مطالعه کارآمد

- طول ساعات مطالعاتی تان را بیش از یک و نیم ساعت نکنید. بین این ساعات حتماً از دست کم ۱۵ دقیقه استراحت بهره ببرید.
- تمرکز یعنی معطوف کردن حواس فقط به یک چیز. هنگام مطالعه عوامل مخل تمرکز حواس را از خود دور کنید: موبایل، تبلت، لپ‌تاپ، تلفن و... . در غیر اینصورت بازدهی مطالعاتی شما به شدت افت خواهد کرد.
- توصیه می‌شود سبزیجات، مایعات و میوه جات را به حد کافی مصرف کنید: این کار به قدرت حافظه شما دست کم ۲۰درصد می‌افزاید.
- در صورت تمایل به خط کشی زیر نکات مهم، مراقب باشید زیر تنها بخش کوچکی از مطالب خط بکشید. برخی داوطلبان زیر تقریباً تمام خطوط کتاب خط کشی می کنند و این، کار پیدا کردن مطالب مهمتر را سخت‌تر می کند!
- در صورتی که استرس، نگرانی، حواس‌پرتی و ... بیش از اندازه شما را آزار می دهد حتماً با مشاور خود در این زمینه صحبت کنید.
- حرفه‌ای مطالعه کنید، حرفه ای نتیجه بگیرید. موفق باشید.

تهیه در: گروه آموزشی کیهان

یادداشت: ....